Über

Dauererfolge der Ovariotomie.

Inaugural-Dissertation

verfasst und der

hohen medizinischen Fakultät

der

Kgl. Bayer. Julius-Maximilians-Universität Würzburg

zur

Erlangung der Doktorwürde

vorgelegt von

Paul Reinecke

aus Sauingen (Herzogt. Braunschweig).

Würzburg

Paul Scheiners Buchdruckerei, Dominikanerstrasse 6

1905.

Gedruckt mit Genehmigung der medizinischen Fakultät der Kgl. Universität Würzburg.

Referent: Herr Geheimrat Professor Dr. Hofmeier.

Meiner lieben Mutter.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41507206_0081

Auf dem diesjährigen Gynäkologenkongresse wurde das Thema „Über Dauererfolge der Ovariotomie besonders bei anatomisch zweifelhaften Geschwülsten“ zum Referat gestellt.

Herr Geheimrat Professor *Dr. Hofmeier* machte eine Einteilung der Ovarialtumoren in unzweifelhaft gutartige, zweifelhafte und unzweifelhaft bösartige Geschwülste und gab nach diesen Gesichtspunkten in erster Linie die Dauerresultate bei zweifelhaften und unzweifelhaft bösartigen Tumoren, also bei papillären Kystadenomen, Pseudomyxomen, Sarkomen, Endotheliomen, Periteliomen, Teratomen und Karzinomen. Als Material dienten sämtliche Ovariotomieen, die wegen oben genannter Geschwülste in der Würzburger Universitätsfrauenklinik vom 1. Januar 1889 bis 31. Dezember 1904 ausgeführt wurden. Alle wegen gutartiger Tumoren in dem gleichen Zeitraum ausgeführten Ovariotomieen dienten auch dazu, um die Dauererfolge der Ovariotomie bei den unzweifelhaft gutartigen Geschwülsten festzustellen. Zu diesen wären also zu rechnen

1. die Retentionsgeschwülste (Follikelcysten, Kystoma serosum simplex, Corpus-luteumcysten),
2. die Dermoidcysten oder Embryome,
3. die Fibrome,
4. das Kystadenoma pseudomucinosum.

In obigem Zeitraume wurden in der Würzburger Universitätsfrauenklinik 348 Ovariotomien ausgeführt, einschliesslich auch der wegen Parovarialcysten operierten Frauen.

268 Ovariotomien entfallen auf die gutartigen Geschwülste, davon waren 209 einseitig, 59 doppelseitig.

40 Ovariotomieen entfallen auf die anatomisch zweifelhaften und 40 auf die bösartigen Tumoren (Carcinom).

Hiezu kommen noch 9 Probelaparotomieen, die später besonders erwähnt werden sollen.

Es treffen also auf insgesamt 348 Ovarialtumoren 268 gutartige und 80 zweifelhafte und bösartige. Man kann danach jede 4. bis 5. Ovarialgeschwulst als zweifelhaft oder bösartig bezeichnen = 23 %.

Diese Resultate stimmen auch mit den Statistiken anderer Kliniken ziemlich überein.

Pfannenstiel fand bei 400 Fällen einen Prozentsatz von 26,15 % und zwar rechnete er, derselben Einteilung folgend, die papillären Kystadenome zu der Gruppe der zweifelhaften und bösartigen Tumoren.

Ähnliche Resultate hatten *Schultze* 27 %, *Leopold* 22 %—26 %, *Freund* 21,6 %, *Cohn* 16 %, *Olshausen* 15 %, *Runge* 15 %.

Die niedrigeren Prozentsätze erklären sich daraus, dass die papillären Kystome von einigen Autoren zu den gutartigen Tumoren gerechnet werden. Lassen wir letztere ebenfalls aus der Zahl der bösartigen Geschwülste ausscheiden, so haben wir einen Prozentsatz von 17,6. *Pfannenstiel* gibt nach letzterer Einteilung 19 % an.

Nach Abrechnung der bösartigen und zweifelhaften Tumoren bleiben noch 268 gutartige Geschwülste übrig. Von diesen waren

Kystome (Kystoma serosum simplex, Kystadenoma pseudomucin.) 213.
Einseitige 188,
Doppelseitige 27.

Dermoide 31.
Einseitige 25,
Doppelseitige 6.

Fibrome 4.
Einseitige 4,
Doppelseitige —.

Dermoid des einen Ovariums und zugleich Kystadenom des andern 4.

Parovarialcysten 16.

Einseitig operiert wurden:
168 Kystome (einseitig),
21 Dermoide „
4 Fibrome „
16 Parovialcysten „

Doppelseitig operiert wurden:
18 Kystome (einseitig),
4 Dermoide „
27 Kystome (doppelseitig),
6 Dermoide „
4 multiple Geschwülste beider Ovarien „

Es wurden also 209 einfache Ovariotomieen ausgeführt und 59 doppelseitige.

Entsprechend dem gutartigen Charakter dieser Geschwülste wurde bei einseitigem Auftreten derselben in den meisten Fällen die Ovariotomia simplex ausgeführt; denn durch die Zurücklassung des andern

gesunden Ovariums erwächst der Patientin kein Schaden, da nach dem heutigen Stande der Forschung diese Tumoren keine Metastasen machen.

Um uns möglichste Klarheit über das jetzige Befinden der operierten Patientinnen zu verschaffen, um also die Dauererfolge der Ovariotomie zu prüfen, wurde an sämtliche Patientinnen, die in dem bereits erwähnten Zeitraume vom 1. Januar 1889 bis 31. Dezember 1904 operiert wurden, die schriftliche dringende Bitte gerichtet, sich persönlich in der Klinik zwecks Nachuntersuchung einmal vorzustellen. Da von vornherein damit zu rechnen war, dass ein grosser Prozentsatz der Operierten, sei es aus Bequemlichkeit, Gleichgültigkeit oder Scheu vor einer neuerlichen Untersuchung dieser Aufforderung nicht nachkommen würde, legten wir den Patientinnen folgende schriftlich zu beantwortende Fragen bei:

1. Wie ist Ihr Allgemeinbefinden seit der Operation?
2. Ist die Periode seit der Operation ebenso wie früher?
   regelmässig?
   mit Beschwerden?
3. Ist seit der Operation Schwangerschaft eingetreten?
   Knabe oder Mädchen?
4. Haben Sie seit der Operation Wallungen, plötzliches Hitzegefühl, Blutandrang zum Kopf oder anderweitige nervöse, oder geistige Störungen bemerkt?
5. Sind an der Bauchnarbe irgend welche Veränderungen bemerkbar geworden?
6. Hat sich etwa wieder eine Geschwulst im Unterleib gebildet?

Wie lange nach der Operation?

Sind Sie nochmals operiert worden?

Durch diese an Alle gleichmässig versandten Fragen sollte ein möglichst klares Bild des Dauererfolges in dem Falle gewonnen werden, wo eine körperliche Untersuchung unter keinen Umständen zu erreichen war.

Der Erfolg war, dass sich von den 268 operierten Patientinnen 51 in der Klinik zur Nachuntersuchung einfanden.

143 Patientinnen haben die ihnen zugesandten Fragen beantwortet.

33 Patientinnen sind gestorben, über die noch übrigen 41 Patientinnen war nichts näheres in Erfahrung zu bringen.

Die Dauerresultate der Ovariotomie sind bei den hier inbetracht kommenden Geschwulstarten entsprechend ihrer gutartigen Natur, vorzügliche.

Das Allgemeinbefinden der Patientinnen, die sich in der Klinik vorstellten und die schriftlich Nachricht erteilten, war in fast allen Fällen sehr gut. Abgesehen von vereinzelten Beschwerden, die aber der überstandenen Operation nicht zur Last gelegt werden können, war das Leiden nach dem operativen Eingriff für immer beseitigt.

Die Periode stellte sich, sofern nicht die Patientinnen bereits im Alter der eintretenden Menopause standen, bei den einseitig Ovariotomierten einige Zeit nach der Operation wieder ein und verlief wie vor der Operation. Bei den doppelseitig Ovariotomierten trat nach der Operation Menopause ein. Nur in einem Falle, wo bei Ovariotomia duplex ein kleines Stückchen des einen Ovariums zurückgelassen wurde, bestand die Periode weiter.

Ebenso wenig wurde durch die Entfernung einseitiger Ovarialtumoren ein schädigender oder gar verhindernder Einfluss auf spätere Konzeption und Schwangerschaft ausgeübt. Es wurde festgestellt, dass von den 209 einseitig operierten Patientinnen 43 post operationem geboren haben; darunter finden sich einige mit mehrfachen Geburten. Ja eine Patientin hat post operationem 7 normale Geburten durchgemacht. Eine andere Patientin, die bereits zweimal nach der Operation entbunden hatte, starb während der dritten Geburt an einer Uterusruptur, die nach Mitteilung des hinzugezogenen Arztes bereits vor dessen Erscheinen eingetreten war.

Auch *Pfannenstiel* schreibt:

„Die Fruchtbarkeit wird bekanntlich durch Wegnahme eines Eierstockes nicht wesentlich beeinträchtigt, wie die zahllosen Fälle von Geburten post ovariotomiam beweisen. *Spencer Wells* berichtet, dass von 1000 von ihm Ovariotomierten 117 geboren haben und zusammen 228 Kinder hatten. Mehrere hatten wiederholt geboren. Eine von *Fritsch* operierte Frau, welche bereits mit 27 Jahren (zur Zeit der Operation) 7 Kinder hatte, hat nach der Ovariotomie noch weitere 6 Kinder zur Welt gebracht."

Die vierte Frage bezweckte vor allem ein gewisses Mass der Ausfallerscheinungen bei den doppelseitig Ovariotomierten zu gewinnen, dann aber auch etwaige psychische und nervöse Störungen, die nach einer einfachen Ovariotomie aufgetreten sind, festzustellen. Die Ausfallerscheinungen nahmen mit Ausnahme eines einzigen Falles nie einen ernstlichen Charakter an. Von den 59 doppelseitig ovariotomierten Frauen klagten 30 über derartige Erscheinungen. Es stellten sich, namentlich in der ersten Zeit nach der Operation,

Wallungen, plötzliches Hitzegefühl, auch Angstgefühl und Schwindel ein, Beschwerden, die bei einigen immer noch bestehen, die sich bei andern nur in den ersten Jahren nach der Operation geltend machten. Ferner klagten einige Patientinnen über starke Schweissabsonderungen, eine weitere Patientin bemerkte eine auffällige Gedächtnisschwäche. Letztere Erscheinungen beobachtete auch *Martin,* er führt sie ebenfalls auf nervöse Störungen, hervorgerufen durch den Fortfall des Eierstockgewebes zurück. Nur in einem Falle traten die Ausfallerscheinungen stärker zu Tage und führten zu schweren psychischen Störungen der Patientin. Von den 209 einseitig Ovariotomierten hatten 35 Wallungen, plötzliches Hitzegefühl und zwar grade in der ersten Zeit nach der Operation, während später diese Erscheinungen nach und nach verschwanden. Diese Störungen sind, obwohl sie grosse Ähnlichkeit mit den Ausfallerscheinungen haben, was ihre Ursache betrifft, doch nicht identisch mit ihnen. *Martin* ist der Ansicht, dass sie der Laparatomie als solcher zuzuschreiben sind. Alle diese Beschwerden waren aber nur leichter Natur. Die Patientinnen klagten erst über obige Beschwerden, wenn man sie ausdrücklich darnach fragte, wie bereits Herr Geheimrat Professor *Dr. Hofmeier* in seinem erwähnten Vortrage mitteilte. Ihr Allgemeinbefinden scheint wenig dadurch gestört gewesen zu sein.

Die nächste Untersuchung galt der Beschaffenheit der Bauchnarbe. Bei einer Patientin, die sich vorstellte, wurde im untern Teile eine ganz kleine Hernie konstatiert, die aber weiter keine Beschwerden machte, bei einer andern im untern Teile der Narbe eine etwa pfennigstückgrosse Diastase in der Fascie.

Eine weitere Patientin teilt uns mit, dass bei Anstrengungen in der Narbe ein Geschwulst sichtbar würde, jedenfalls wird es sich in diesem Falle um eine Hernie handeln. Drei Patientinnen schreiben, dass sich ein Bruch in der Narbe gebildet hätte. In der Klinik wurden noch 2 Dehnungen der Narbe gefunden. Die übrigen Ovariotomierten haben keine Veränderungen an der Bauchnarbe bemerkt, und bei denjenigen, die sich vorstellten, war die Bauchnarbe mit Ausnahme der aufgezählten Fälle immer tadellos. Es ist dies gewiss ein glänzendes Resultat, denn wir haben mit obigen Fällen einschliesslich der beiden Dehnungen nur 4 % Narbenhernien. Dieser überaus günstige Erfolg ist sicher auf die in der Klinik geübte Methode der Bauchnaht zurückzuführen. Während bis Anfang der 90er Jahre die Massennaht ausgeführt wurde, wird seit dieser Zeit eine sorgfältige Etagennaht vorgenommen, nachdem vorher je nach der Länge des Bauchschnittes durch alle Schichten der Bauchwand einige Bronce- oder Silberdrähte gelegt worden sind. Die oberste Naht führt Herr Geheimrat *Dr. Hofmeier* fast ausschliesslich subkutan aus.

Dass dieses ausgezeichnete Ergebnis die Folge der Etagennaht ist, erhellt auch aus den Erfolgen, die andere Operateure nach Ausführung dieser Naht, wenn auch nicht genau derselben, so doch im Prinzip derselben, beobachteten. Während *Martin* bei der Massennaht 41 % Veränderungen an der Bauchnarbe hatte, konstatierte er nach Ausführung einer isolierten Fasziennaht nur 8,9 %. Ähnliche Resultate erzielte *Olshausen*, wo sich nach Mitteilung *Martin's* das Verhältnis von 23—30 % zu 8 % verschob.

Die Frage, ob sich vielleicht wieder eine Geschwulst gebildet hätte, wurde fast ausschliesslich mit

Nein beantwortet, entsprechend der allgemein anerkannten Tatsache, dass die gutartigen Geschwülste keine Metastasen machen. Bei den Patientinnen, die sich einer Nachuntersuchung unterzogen, wurden mit Ausnahme eines Falles immer normale Verhältnisse gefunden. In dem betreffenden Falle handelt es sich um eine im Jahre 1889 wegen doppelseitiger Ovarialkystome operierte Patientin. Bei ihr wurde im März dieses Jahres eine etwa hühnereigrosse empfindliche Geschwulst hinter der Cervix liegend konstatiert. Die Patientin war aber in ihrem Allgemeinbefinden in keiner Weise gestört.

Bei einer andern Patientin, die im Jahre 1889 wegen eines rechtsseitigen Pseudomucinkystoms operiert wurde, bildete sich nach 7 Jahren ein linksseitiges Ovarialkystom, das ebenfalls operativ entfernt wurde. Die lange Zeitdauer zwischen dem Auftreten der ersten und zweiten Geschwulst lässt kaum den Gedanken an eine Metastase aufkommen, vielmehr scheint es Zufall zu sein, und die Möglichkeit noch ein zweites Mal an derselben Geschwulst zu erkranken, — dies bezieht sich natürlich nur auf die gutartigen Tumoren — ist keine grössere als das erste Mal. Die Patientin stellte sich im März dieses Jahres vor. Ihr Allgemeinbefinden ist vorzüglich, sie klagt nur über gelegentliche Wallungen. Die Bauchnarbe war im untern Teil etwas breiter und unregelmässig, aber vollkommen fest. Der Uterus klein, leicht beweglich, das kleine Becken vollkommen frei. Das linke Ovarium wurde bei der ersten Operation vollständig normal befunden. Von den lebenden Patientinnen ist dies der einzige Fall, wo eine Wiederbildung derselben Geschwulstart in unserem Falle eines Pseudomucinkystoms bei den gutartigen Geschwülsten überhaupt konstatirt wurde.

Anders steht es mit den Gestorbenen, wo die Wiederbildung einer Geschwulst häufiger war. Es handelte sich aber in diesen Fällen nicht um das Wiederauftreten derselben, also gutartigen Geschwulstart, sondern um maligne Neubildungen, der die Patientinnen bald erlagen.

Von sämtlichen wegen gutartiger Ovarialtumoren operierten Patientinnen sind, soweit in Erfahrung gebracht werden konnte, 30 gestorben. Von diesen Todesfällen ereigneten sich 3 in der Klinik.

Der erste Fall betraf ein 13jähriges Mädchen, das wegen eines torquierten Dermoidkystomes operiert wurde. Die Patientin starb am Operationstage an einer schon vorhandenen Peritonitis. Bei der Operation zeigte sich, laut Bericht, das Peritoneum ziemlich stark verdickt und blutreich. Die blaurot und entzündet aussehende Geschwulst war 2½ mal um ihren Stiel torquiert und war nach hinten und seitwärts fast überall mit ihrer Umgebung durch frische Adhäsionen verwachsen, die ziemlich leicht und ohne Blutung gelöst wurden. — Die Patientin erholte sich von der Operation und Narkose fast gar nicht. Der Puls wurde trotz reichlich angewandter Analeptika immer schlechter, bis abends der Exitus erfolgte.

Durch die Sektion wurde eine Peritonitis circumscripta, Oedema et Hypostasis pulmonum festgestellt.

Im zweiten Falle handelte es sich um eine 60jährige Frau, bei der wegen einer rechtsseitigen Parovarialcyste das rechte Ovarium mit Tube entfernt wurde. Einige Tage nach der gut verlaufenen Operation wurden mehrmals fäkale Massen erbrochen. Da dieser Zustand mehrere Tage andauerte, wurde zu einer zweiten Laparotomie geschritten. Bei der Revision des kleinen Beckens zeigt sich an der Seite,

an der Stelle der Abbindung, eine breite und recht feste Verwachsung mit einer Dünndarmschlinge, unterhalb deren sich eine etwa taubeneigrosse, divertikelartige Ausstülpung des Darms zeigt mit ziemlich blauroter Verfärbung. Die von hier aus weiterführende Darmschlinge wird im weitern Verlauf immer dünner und scheint sich um einen aufgedrehten Teil der Radix mesenterii herumzuschlingen. Von weiterer Ausräumung wird mit Rücksicht auf den Allgemeinzustand der Patientin abgesehen. Während der Operation ist der Allgemeinzustand so schlecht, dass der Exitus erwartet wird. Unter zunehmender Herzschwäche erfolgt gegen Abend der Tod.

Die pathologisch-anatomische Diagnose lautete: „Peritonitis diffusa incipiens ex volvulo."

Wir haben also bei unseren 268 Fällen 2 Todesfälle anschliessend an die Operation. Meiner Ansicht nach kann nicht einmal der erste Fall der Operation an sich zur Last gelegt werden, da ja die Peritonitis nicht eine Folge des operativen Eingriffes war, sondern sich bereits vorher durch mehrtägige Temperatursteigerung bemerkbar machte.

Der dritte Fall, der noch in hiesiger Klinik ad mortem kam, ist erst recht nicht auf Kosten der Operation zu setzen. Denn die Todesursache bildete wahrscheinlich eine in der Gegend des Pylorus sitzende ziemlich unbewegliche, bis unter den Rippenbogen reichende Geschwulst, die während der Operation festgestellt wurde. Bei der Patientin wurde die Ovariotomia duplex ausgeführt wegen eines linksseitigen multilokulären Kystoms, das rechte atrophische Ovarium wurde mitentfernt, weil es an einer Stelle eine etwa erbsengrosse, weissliche Partie aufwies. Die Patientin erholte sich nach der Operation anscheinend

gut, befand sich bereits ausser Bett, als sie plötzlich täglich erbrechen musste. Sie verfiel immer mehr und starb schliesslich unter dem Bilde der Kachexie. Die Sektion wurde verweigert. Die Wahrscheinlichkeitsursache des Todes ist Carcinoma ventriculi.

Einen ähnlichen Fall, wo die wegen einer gutartigen Geschwulst operierte Frau später an Carcinom zugrunde ging, möchte ich hier anschliessen.

Die 45jahrige Patientin wurde im Jahre 1897 wegen eines retroligamentär entwickelten multilokulären Kystoms des linken Ovariums linksseitig ovariotomiert. Bei der Operation boten sich keine besonderen Schwierigkeiten mit Ausnahme der Lösung einer etwas stärker blutenden Adhäsion des Tumors mit dem S. Romanum. Die Rekonvalescenz verlief, abgesehen von einigen Tagen, wo leichte Temperaturerhöhung auftrat, ohne Störung. Nach ihrer Entlassung befand sich die Patientin wohl bis Dezember 1899. Von dieser Zeit ab fühlte sie, nach ihren Angaben beim Wiedereintritt in die Klinik 24. April 1900, Schmerzen und Druckgefühl im Unterleib, die sich mehr und mehr steigerten.

Der Befund in Narkose ergab:

„Uterus klein, anteponiert, etwas nach rechts verlagert. Hinter dem Uterus eine derbe, den Douglasschen Raum ausfüllende, kaum verschiebliche Resistenz, deren obere Grenze nicht deutlich zu palpieren ist. Rechts im Abdomen ein fast kindskopfgrosser, cystischer, gutbeweglicher Tumor.

Operation: Spaltung der Bauchdecken von oberhalb der Symphyse bis über den Nabel. In der Bauchhöhle eine mässige Menge etwas schleimiger Flüssigkeit. Im obern Teil der alten Narbe zeigen sich sehr feste membranöse Verwachsungen von Darmschlingen,

die ziemlich mühsam mit der Scheere durchtrennt werden müssen. Darunter präsentiert sich dann die von Netz überdeckte ziemlich weiche Geschwulst, die wie die Austastung des kleinen Beckens ergibt, mit den Genitalien in keinem direkten Zusammenhang steht.

Der Uterus selbst, besonders nach der linken Seite hin, vollkommen frei. Die rechten Anhänge normal, aber im Douglas'schen Raum und im untern Teil des linken ligamentum latum die schon von der Scheide aus gefühlte, etwa orangegrosse, völlig isolierte Geschwulst. Nach Durchtrennung des überdeckenden Netzes zeigt sich die Geschwulst ausser einigen breiten Darmadhäsionen oben überall frei, geht aber in der Tiefe augenscheinlich von der Radix mesenterii aus und schiebt sich hier besonders nach oben in einzelnen harten Ausläufern weit hinauf. Beim Versuch durch Spaltung des peritonealen verdünnten Überzuges die Geschwulst auszuschälen, gelingt dasselbe oben ziemlich leicht, unten aber reisst die Geschwulst mitten durch, so dass der untere Teil derselben zurückbleibt. Es wird deswegen der Rest des peritonealen Mantels über den Geschwulstrest mit einigen Catgutnähten zusammengezogen und die Bauchhöhle wieder geschlossen durch 4 tiefe Silberdrähte und 3fache Catgut-Etagennaht, die oberste subkutan mit Seide. Einige Tage nach der Operation stellte sich bei der Patientin Oedem beider untern Extremitäten ein, der Puls war sehr beschleunigt, die Patientin wurde von Tag zu Tag schwächer, bis am elften Tage post operationem der Exitus erfolgte.

Die pathologisch-anatomische Diagnose lautet: „Ulceratio carcinomatosa in loco operationis prioris, communicatio intestini tenuis duplex cum adhaesione.

Intumescentia carcinomatosa glaudularum retroperitonealium. Thrombosis venae cavae inf. incompleta cum propagatione in venam iliacam dextr. ext. Metastases carcinom. hepat. Myomata uteri.

Bei dem einen dieser Fälle finden wir also neben der gutartigen Eierstockgeschwulst bereits ein Magencarcinom vor, an dem die Patientin zugrunde ging.

Im letzten Falle sehen wir die Patientin 2 Jahre wohlauf und dann entwickelte sich ein zu Tode führendes Carcinom.

Diesen beiden Todesfällen, wo also sicher, einmal durch die Feststellung bei der Operation, das andere mal durch die pathologisch-anatomische Diagnose ein Carcinom als Todesursache konstatiert wurde, schliessen sich leider noch einige ähnliche an.

Eine 62jährige Patientin, die im Jahre 1896 wegen Kystoma ovarii dextri rechtsseitig ovariomiert wurde, starb im Januar 1905 im Distriktskrankenhause zu Schw. laut Mitteilung von dort an Magenkrebs.

Eine 46jährige Patientin, bei der wegen rechtsseitigen Pseudomucinkystoms die Ovariotomia dextra im Jahre 1896 ausgeführt wurde, starb nach Mitteilung des Gatten an einer neuen Geschwulst, die sich im Mai 1901 bildete. Der Tod erfolgte im August desselben Jahres.

Eine 47jährige Frau, die im Jahre 1898 rechtsseitig ovariotomiert wurde wegen Pseudomucinkystoms, bei der das linke Ovarium, an dem sich ebenfalls eine kleine Cyste fand, punktiert wurde, starb laut behördlicher Mitteilung im November 1901 an Magenkrebs.

Die folgende Patientin ebenfalls wegen Pseudomucinkystoms linksseitig ovariotomiert, starb 3 Jahre

nach der Operation, laut Mitteilung der Verwaltung des Bezirkskrankenhauses zu Br. an Eierstockgeschwulst und Bauchfellentzündung. Die Art des Tumors konnte leider nicht ermittelt werden.

Bei der nächsten Frau, die wegen eines rechtsseitigen Kystoms operiert wurde, wurde während der Rekonvalescenz ein Tumor im obern Teil des Abdomens festgestellt; die von einem Chirurgen vorgenommene spätere Laparotomie ergab ein inoperables Magen- und Pankreascarcinom.

Der letzte Fall betrifft eine Patientin, bei der wegen doppelseitiger Kystome die Ovariotomia duplex ausgeführt wurde. Patientin kam später wieder und klagte über Magenschmerzen. Da im Unterleib nichts Pathologisches nachzuweisen war, wurde Patientin an einen Spezialarzt für innere Medizin verwiesen. Nach einer brieflichen Mitteilung von Verwandten starb die Patientin 3 Jahre nach der Operation an Magenkrebs.

Wir haben also mit den in der Klinik ad mortem gekommenen Fällen nicht weniger als 8, die an Carcinom zugrunde gegangen sind, denn höchst wahrscheinlich handelte es sich auch in den Fällen, wo die neue Geschwulst nicht näher bezeichnet war, um Krebs. Der meist kurze Verlauf der Erkrankung und das meist schon vorgeschrittenere Alter der Patientinnen sprechen entschieden dafür, zum mindesten dafür, dass es sich um eine maligne Neubildung gehandelt hat. Immerhin muss es auffällig erscheinen, dass so viele von den wegen gutartiger Tumoren operierten Frauen später an Krebs gestorben sind; bedenken wir, dass die Gesamtzahl der Gestorbenen 33 beträgt, so haben wir eine Sterblichkeit an Carcinom von 24¼ %. Ob dieses häufige Zusammen-

treffen oder spätere Auftreten von Carcinomen oder andern Neubildungen mit resp. nach einer andern Geschwulstart — in unserm Falle Kystom — ein Zufall ist, will ich dahingestellt sein lassen. Vielleicht ist die Aufzählung obiger Fälle auch ein Beweis für die in letzter Zeit ausgesprochene Ansicht, dass multiple Geschwulstbildungen bei der Frau nichts so seltenes sind und in erster Linie die Genitalien (Uterus, Ovarium) und der Magen als bevorzugte Organe inbetracht kommen.

Hier wäre auch noch eines Falles Erwähnung zu thun, bei dem es sich um ein gleichzeitiges Auftreten von doppelseitigen Ovarialkystomen und einem inoperablen Cervixcarcinom handelte. Die Ovariotomia duplex konnte bei dieser Patientin nicht zu Ende geführt werden, weshalb ich diesen Fall besonders erwähne. Anamnese: Die 62jährige unverheiratete Patientin suchte die Klinik auf, weil ihr Leib seit einem Monat stärker geworden war. Ausserdem klagt sie über Schmerzen im Leib. Einige mal traten Blutungen auf.

Status: Abdomen kugelig aufgetrieben, Bauchdecken ziemlich fettreich. Im Abdomen bis über Nabelhöhe reichend ein prallelastischer, wenig beweglicher Tumor. Derselbe lässt sich vom kleinen Becken nicht herausdrängen. Per vaginam fühlt man die Portio allseits rauh und zerklüftet, bei der Untersuchung leicht blutend, im übrigen an normaler Stelle. Das ganze kleine Becken ist ausgefüllt von einer grobhöckerigen Masse, die direkt in den oben geschilderten cystischen Tumor übergeht.

Operation: Nach Eröffnung der Bauchdecken zeigt sich das stark verdickte Peritoneum überall mit der Geschwulst verwachsen. Nach Lösung der Ad-

häsionen zeigt sich der Tumor ausserordentlich dünnwandig, multilokulär, im übrigen vorn, seitwärts und unten frei, nur nach hinten an mehreren Stellen fest mit der Umgebung verwachsen. Bei der Punktion entleert sich reichliche dünne helle Flüssigkeit. Das Vorziehen der Geschwulst ist aber wegen der leichten Zerreisslichkeit derselben und des sehr kurzen Stiels wie die Unterbindung des Stiels in der Tiefe des kleinen Beckens sehr schwer. Links zeigt sich dann ebenfalls eine 1½ faustgrosse schlaffe cystische Geschwulst, die sich aber wegen ihrer breiten und straffen Verbindungen nach unten nicht verschieben lässt, sondern sofort platzt. Da sich die Umgebung des Uterus aber als schon mit harten Knoten augenscheinlich carcinomatös infiltriert zeigt, wird auf weitere Versuche zur Entfernung der Geschwulst verzichtet und nach Reinigung der Bauchhöhle diese geschlossen. Nachher nur oberflächliche Excochleation des Cervixcarcinoms und leichte Kauterisation.

Die Patientin ist ein Jahr post operationem gestorben.

Die Todesursachen der andern gestorbenen Patientinnen waren, soweit in Erfahrung gebracht wurde, Herzleiden, Lungenleiden (Pneumonie, Tuberkulose), in 2 Fällen Apoplexie, Alterschwäche. In 6 Fällen konnte die Todesursache nicht eruiert werden.

Es wäre jetzt noch der verschiedenen Komplikationen bei der Operation zu gedenken. In erster Linie treffen wir sehr häufig Verwachsungen der Tumoren mit ihrer Umgebung. Abgesehen davon, dass sich natürlich die Operation dadurch schwieriger gestaltete und längere Zeit inanspruchnahm, besonders wenn es sich um Lösung sehr fester Adhäsionen handelte, erwuchs unsern Patientinnen kein weiterer

Schaden daraus, ausser vielleicht, dass sie sich etwas länger der Giftwirkung des Narkotikums aussetzen mussten. Nur in einigen Fällen veranlasste die Lösung der Adhäsionen ein Platzen der Geschwulst.

Eine weitere und nicht so seltene Komplikation ist die Stieltorsion. Über die Häufigkeit ihres Auftretens und ihre Bedeutung hat *Hammer* nach dem Material der Würzburger Universitätsfrauenklinik berichtet, worauf ich verweise.

Bei einer 51jährigen Patientin wurde ein rupturiertes linksseitiges Ovarialkystom gefunden, zugleich bestand eine Peritonitis. Laut Operationsbericht entleert sich nach Spaltung des Bauchfells eine ungeheure Menge, gegen 10 l, dünner Flüssigkeit, und es präsentiert sich dann in der Bauchhöhle eine 1½ mannskopfgrosse unregelmässig gestaltete ziemlich harte Geschwulst. Die ganze Oberfläche der Geschwulst zeigt sich mit weisslichen Schwarten bedeckt und es geht das ganze Netz, ausserordentlich verdickt und entzündet, breit auf die Oberfläche der Geschwulst über bis zum Magen, der sehr stark erweitert erscheint. Nach vorsichtiger Abbindung des Netzes und Unterbindung einiger blutender Stellen zeigt sich die Geschwulst dann mit einem dicken einmal torquierten Stiel von den linken Anhängen ausgehend. Provisorische Abklemmung des Stieles, Abnahme der Geschwulst, die an ihrer hinteren Fläche eine etwa zweifingergrosse in eine grosse Cyste führende Rupturstelle zeigt. Nach Unterbindung des Stieles mit Seide und Reinigung der Bauchhöhle zeigt sich das ganze Bauchfell kolossal schwartig verändert, zum Teil mit dicken fibrinösen Auflagerungen, intensiv gerötet. Laut Mitteilung im März dieses Jahres erfreut sich die Patientin des besten Wohlbefindens.

In 5 Fällen wurde neben einem Ovarialtumor eine gleichzeitige Retroflexio uteri konstatiert, die in jedem Falle durch an die Ovariotomie angeschlossene Ventrifixur beseitigt wurde.

Ovariotomie mit folgender Myotomie treffen wir in einem Falle, wo sich neben einem äusserst grossen linksseitigen Pseudomucinkystom ein subseröses Fibrom des Uterus entwickelt hatte. 3 Jahre post operationem hat die betreffende Patientin in hiesiger Klinik normal entbunden und zwar ein 4900 gr. schweres Mädchen.

In einem andern Falle wurden neben der Ovariotomie sinistra die Enukleation eines subserösen Myoms des Uterus ausgeführt.

Von den Dermoidcysten waren 3 erweitert.

Eine wegen linksseitigen vereiterten Dermoids operierte Patientin befindet sich zur Zeit sehr wohl und war seit der Operation ohne jegliche Beschwerden, obwohl es bei Lösung einer Verwachsung der Geschwulst mit dem Darm zu einer Zerreissung der Geschwulst und auch jedenfalls des Darmes kam. Es entleerte sich aus dem Tumor übelriechender Eiter, der, ohne dass es verhindert werden konnte, zum Teil in die Bauchhöhle drang. Aus der drainierten Wunde flossen nach einigen Tagen fäkulant riechende Massen ab, ein Zeichen, dass der Darm in Kommunikation mit der Bauchhöhle stand.

Ein anderes vereitertes Dermoid wurde durch vaginale Operation entfernt. Die Patientin hat einmal post operationem geboren und ist nach 5 Jahren an Tuberkulose gestorben.

Im dritten Falle handelte es sich um eine vereiterte Dermoidcyste links und ein Pseudomucinkystom rechts. Die Geschwülste wurden per laparo-

tomiam ausgelöst und dann per vaginam entfernt. Die Patientin schreibt, dass sie ohne Beschwerden sei.

In 6 Fällen trat als Komplikation bei der Operation Gravidität hinzu.

Soweit sich in Erfahrung bringen liess, kam es bei keiner der Patientinnen zu Abort oder Frühgeburt. In sämtlichen Fällen wurde die Ovariotomia simplex ausgeführt, zweimal wegen Dermoids (einmal Stieltorsion), viermal wegen Kystoms. Auch diese Fälle bestätigen die Tatsache, dass es nach Ausführung der Ovariotomie nur selten zu Abort oder Frühgeburt kommt.

Pfannenstiel stellt deswegen als Regel auf, „dass man, sobald die Diagnose von Ovarialtumor bei Schwangerschaft gestellt ist, die Ovariotomie ausführen soll und zwar je zeitiger desto besser, um Komplikationen vorzubeugen. Doch ist auch noch in vorgerückter Schwangerschaft die Operation angezeigt. Sind aber erst Komplikationen eingetreten, so erheischen diese erst recht den baldigen Eingriff."

Für letztere Regel bietet noch einer der obigen Fälle eine treffende Illustration, nämlich eine intra partum ausgeführte Ovariotomie.

Der Geburtskanal wurde hier durch einen 1½ faustgrossen Tumor verlegt; ich lasse die Krankengeschichte im Auszug folgen:

Status: Uterus sehr stark ausgedehnt, ziemlich fest und gleichmässig zusammengezogen, etwas Uterus arcuatus. Herztöne des Kindes in der Mitte ziemlich laut und deutlich zu hören. Bei der inneren Untersuchung wird das hintere Scheidengewölbe durch eine etwa 1½ faustgrosse prallelastische und gleichmässig gespannte Geschwulst vorgedrängt. Äusserer Muttermund dicht hinter der Symphyse für 3 Finger gut

durchgängig. Darüber liegt der Kopf mit einer ziemlich starken Kopfgeschwulst vollkommen oberhalb des kleinen Beckens. Mit Rücksicht auf die Unmöglichkeit der Vollendung der Geburt wird nach vergeblichen Repositionsversuchen die Laparotomie ausgeführt.

Operation: Schnitt in der linea alba von der Symphyse bis zum Nabel; da es unmöglich ist, von hier aus an den Douglas und die Geschwulst heranzukommen, wird der Schnitt bis gut handbreit oberhalb des Nabels verlängert, so dass es nun möglich wird, den Uterus im ganzen vorzuwälzen, wobei sich das untere Uterinsegment stark gespannt und gedehnt zeigt. Erst nach Aufsuchen der linken sehr tief sitzenden Adnexe gelingt es zunächst, mit langen Klemmen die Hauptmasse der Geschwulst vorzuziehen und nach Durchreissung der Verwachsungen soweit zu mobilisieren, dass die Abbindung des sehr blutreichen Stiels durch eine Reihe von Catgutnähten möglich ist. Darauf wird der Uterus zurückgebracht und die Bauchwunde geschlossen.

Ungefähr 2 Stunden nach der Geburt wurde das Kind mit der Zange extrahiert; es zeigte nur schwache Lebenszeichen; die Wiederbelebungsversuche hatten keinen Erfolg. Die Placenta wurde am andern Morgen in Narkose exprimiert. Die Rekonvalescenz der Patientin verlief ohne Störung. Über das jetzige Befinden konnte leider nichts in Erfahrung gebracht werden.

Die Dauererfolge der Ovariotomie bei den zweifelhaften und bösartigen Geschwülsten hat Herr Geheimrat Professor *Dr. Hofmeier* in ausführlicher Weise mitgeteilt.

Haben wir bei den bösartigen Tumoren auch bei weitem nicht so günstige Erfolge als bei den gutartigen, so sind sie doch unter keinen Umständen zu unterschätzen. Aus der allgemeinen Übersicht, die ich folgen lasse, geht hervor, dass viele Frauen von ihrem heimtückischen Leiden durch die Ovariotomie befreit wurden und noch Jahre hindurch sich der besten Gesundheit erfreuten.

Von den 80 wegen zweifelhafter oder maligner Tumoren operierten Patientinnen sind 36 gestorben. Diese verteilen sich auf die einzelnen Geschwulstarten wie folgt:

I. Carcinoma ovarii.

1. Carcinoma ovarii utriusque.

Von 10 operierten Patientinnen sind 9 gestorben = 90 % †.

7 Patientinnen sind im ersten Jahre nach der Operation gestorben.

1 Patientin im zweiten Jahr nach der Operation.

1 Patientin im dritten Jahre nach der Operation.

5 Patientinnen sind laut Mitteilung an Krebs gestorben.

Bei einer Patientin wurde einen Monat nach der Operation der Leib wieder so stark wie vorher. Es trat Appetitmangel und Erbrechen ein und sie starb höchstwahrscheinlich auch an Krebs.

Bei 3 Patientinnen konnte die Todesursache nicht genau eruiert werden.

Eine am 20. Mai 1904 operierte Patientin stellte sich am 15. Dezember 1904 vor und war vollständig gesund. Laut brieflicher Mitteilung im April 1905 ist betreffende Patientin gesund und ihr Allgemeinbefinden ein gutes.

2. Carcinoma ovarii simplex.

Von 30 operierten Patientinnen sind 15 gestorben = 50 % †.

10 Patientinnen starben

im 1. Jahre nach der Operation,

2 „ „ 3. „ „ „ „

1 „ „ 4. „ „ „ „

1 „ „ 8. „ „ „ „

Von den 15 gestorbenen Patientinnen sind 7 an Krebs gestorben. 2 Patientinnen, bei denen die Todesursache nicht genau zu eruieren war, sind höchstwahrscheinlich auch an Krebs gestorben, da bereits bei der Operation eine Infektion des Peritoneums konstatiert wurde.

Bei 18 Patientinnen wurde die Ovariotomia simplex ausgeführt, hiervon starben 8 = 44½ %.

Bei 12 Patientinnen wurde die Ovariotomia duplex ausgeführt, hiervon starben 7 = 58⅓ %.

Von den 30 operierten Patientinnen sind 15 am Leben, darunter eine Patientin, die am 26. September 1891 operiert wurde. Dieselbe hat ein Jahr post operationem normal entbunden, hat sich am 3. April 1905 vorgestellt und ist gesund.

1 Patientin wurde am 2. Januar 1894 operiert, dieselbe ist ebenfalls gesund.

1 Patientin, die im Jahre 1898 operiert wurde, ist ohne alle Beschwerden.

5 Patientinnen, die im Jahre 1900 operiert wurden, leben, darunter eine, bei der bereits bei der Operation Carcinommetastase des Peritoneums konstatiert wurde. Dieselbe erfreut sich des besten Wohlbefindens.

Eine andere Patientin hat post operationem im Jahre 1902 einen Knaben, 1904 ein Mädchen geboren (normal).

3 Patientinnen hatten Wallungen und plötzliches Hitzegefühl nach der Operation.

2 Patientinnen, im Jahre 1901 operiert, leben.

1 Patientin, im Jahre 1902 operiert, ist gesund, klagt über Blutandrang zum Herzen und Kopf.

3 Patientinnen, im Jahre 1904 operiert, leben. Davon klagen 2 über Wallungen und plötzliches Hitzegefühl, 1 über ständige Schmerzen in der linken Seite, die sich 6—7 Wochen nach der Operation einstellten.

II. Papilloma ovarii.

1. Papilloma ovarii utriusque.

Von 9 operierten Patientinnen ist eine gestorben und zwar in der Klinik an Tetanus, = 11 % †.

Über 1 Patientin wurde auch behördlicherseits nichts in Erfahrung gebracht.

7 Patientinnen leben und sind gesund, darunter eine Patientin, die im Jahre 1889 operiert wurde, eine im Jahre 1894, 2 im Jahre 1895, 1 im Jahre 1896, 1 im Jahre 1897, 1 im Jahre 1902.

2. Papilloma ovarii simplex.

Von 8 operierten Patientinnen starb eine und zwar 1 Jahr post operationem, angeblich weil sich wieder eine Geschwulst gebildet hätte.

7 Patientinnen leben und sind gesund, darunter 1 Patientin, die im Jahre 1891 operiert wurde, 2 Patientinnen im Jahre 1894, 1 Patientin im Jahre 1897, 1 Pat. im Jahre 1900, 1 Pat. im Jahre 1901, 2 Patientinnen im Jahre 1903.

Bei einer der Patientinnen, die im Jahre 1894 operiert wurde, wurde 4 Wochen später der Uterus wegen Adenocarcinoms exstirpirt.

1 Patientin, die vor der Operation schwer krank war, bei der sich auch die Operation sehr schwierig

gestaltete, hat nach der Operation zweimal p. forcp. geboren.

III. Pseudomyxoma ovarii.

3 Patientinnen wurden operiert, 2 von diesen wegen rechtseitigen Pseudomyxoms.

1 Patientin von letzteren beiden starb 2 Jahre nach der Operation an Pseudomyxoma peritonei.

Über die andere Patientin ist auch polizeilich nichts zu ermitteln gewesen.

Bei der dritten Patientin wurde bereits 1901 die Ovariotomia dextra, 1902 die Ovariotomia sinistra ausgeführt. Im Jahre 1903 wurde Patientin in hiesiger Klinik wegen eines linksseitigen Pseudomyxoms operiert. Patientin stellte sich im April 1905 vor und war vollständig gesund.

IV. Sarkoma, Endothelioma, Perithelioma ovarii.

1. Sarkoma, Endothelioma ovarii utriusque.

Alle 4 Patientinnen sind im ersten Jahr nach der Operation gestorben = 100 %.

Bei 2 Patientinnen stellte sich wieder Ascites ein, dieselben starben also jedenfalls an Metastasen.

1 Patientin starb an Phthise (?), eine andere unter Erscheinungen der Kachexie.

2. Sarkoma, Endothelioma, Perithelioma ovarii simplex.

Von 13 operierten Patientinnen sind 4 gestorben = 30½ % †.

2 Patientinnen starben im ersten Jahr, 2 im zweiten Jahr nach der Operation.

Alle 4 Patientinnen starben an Metastasen.

Bei 3 Patientinnen wurde die Ovariotomia simplex ausgeführt.

Bei 1 Patientin wurde die Exstirpation des Uterus und beider Adnexe vorgenommen, da eine Lösung der Adhäsionen nicht anders zu bewerkstelligen war. 9 Patientinnen leben und ihr Allgemeinbefinden ist gut.

1	Patient.	von	letzteren	wurde	im	Jahr	1897,
3	„	„	„	wurden	„	„	1898,
2	„	„	„	„	„	„	1900,
1	„	„	„	wurde	„	„	1901,
1	„	„	„	„	„	„	1902,
1	„	„	„	„	„	„	1903

operiert.

V. Teratoma ovarii.

Von Teratoma ovarii kamen 2 Fälle zur Operation. Beide Male handelte es sich um eine einseitige Geschwulst des Eierstocks.

Eine Patientin, die im Jahre 1890 operiert wurde, befand sich im Jahre 1894 wohl, im Jahre 1896 kam sie wegen eines Milztumors; sie wurde am 20. März 1896 auf der medizinischen Abteilung des Julius-Spitals aufgenommen. Tuberkelbazillen konnten nicht nachgewiesen werden. Am 27. April 1896 wurde sie entlassen. Laut Mitteilung von Angehörigen starb Patientin am 21. Juni 1896 an Tuberkulose.

Die andere Patientin wurde am 7. Januar 1903 operiert. Dieselbe stellte sich Anfangs Mai 1905 vor, wurde vollkommen gesund befunden. Patientin ist sehr stark geworden.

Die Prognose ist natürlich bei den malignen Neubildungen des Ovariums eine schlechtere als bei den gutartigen wegen der Häufigkeit der Recidive und der ausgesprochenen Neigung zu Metastasenbildung. Wird die Ovariotomie zu einer Zeit ausge-

führt, wo die maligne Neubildung nur in dem Ovarium lokalisiert ist, so wird sie mit grösster Wahrscheinlichkeit dem Leiden Einhalt gebieten und die Trägerin der Geschwulst vom drohenden Tod erretten.

Leider liegen die Verhältnisse nicht immer so günstig, dass die Erkrankung nur auf das Ovarium beschränkt ist, leider kommen dem Operateur auch Fälle zu Gesicht, wo er die Ovariotomie nicht mehr als das sicher Heilung bringende Mittel ausführen kann, weil die maligne Neubildung schon zu weit in die Umgebung vorgeschritten ist. Diese bedauernswerten Patientinnen werden dann bald ihrem Leiden erliegen.

Der Vollständigkeit wegen führe ich jene Fälle auf:

Fall 1. 64jährige Patientin. Leib sehr stark aufgetrieben. Beide Ovarien cystisch maligne entartet.

Operation: Im ganzen kleinen Becken untrennbare feste Massen. Sämtliche Darmschlingen und das Mesenterium zeigen graue Knötchen. Ablassen des Ascites. — Patientin ist 1901 gestorben.

Fall 2. 58jährige Patientin klagt über ziemlich rasche Zunahme des Leibes. Leichte Schmerzen in den Extremitäten.

Probelaparotomie. Zuerst zeigt sich eine Netzgeschwulst, dann beiderseits neben dem Uterus wahrscheinlich ebenfalls maligne Geschwülste. In der Tiefe des Douglas wahrscheinlich metastatischer Knoten. Auf dem Peritoneum parietale der vordern Bauchwand einige metastatische Knoten. Da die Netzgeschwulst (an und für sich exstirpierbar) ausgedehnte

Darmadhäsionen eingeht, so wird auf Entfernung verzichtet. Carcinoma ovarii peritonei inoper.

Ausgang unbekannt.

Fall 3. 32jährige Patientin bemerkt seit 2 Monaten allmälige Zunahme des Leibes. Seit 6 Monaten bestehen ständige Schmerzen im Leib, die in letzter Zeit stärker geworden sind.

Diagnose: Adenocarcinoma ovarii papillare. Links mannskopfgrosser, rechts faustgrosser Tumor, beide subserös.

Probelaparotomie 5. II. 01. Zunächst ein unentwirrbares Konglomerat von Netz, Geschwulst und Darm. Zahlreiche Verwachsungen. Die Tumoren gehen bis tief in das Becken hinein. Der oberste Teil des Tumors wird abgetragen, von einer weiteren Entfernung wird abgesehen.

Patientin ist im Februar 1902 gestorben.

Fall 4. 44jährige Patientin, seit 13 Jahren steril verheiratet, klagt seit 6 Monaten über Schmerzen in der rechten Seite. Seit derselben Zeit Zunahme des Leibes und Abmagerung.

Diagnose: Maligner Ovarialtumor (Carcinom). Kindskopfgrosse höckerige Geschwulst.

Probelaparotomie: Der Tumor sitzt ausserordentlich fest an dem ganzen obern Teil des Sitzbeins. Mühsame Lösung mit dem Finger. Rechte Tube zieht stark ausgedehnt über den Tumor hin nach hinten. Breiter Übergang des rechten lig. latum, so dass auf Fortsetzung der Operation verzichtet wird.

Ausgang unbekannt.

Fall 5. 50jährige Patientin bemerkt seit Februar 1900 Zunahme des Leibes, jedoch keine Schmerzen. In der letzten Zeit traten Beschwerden beim Urinlassen auf. Die Inguinaldrüsen beiderseits geschwollen.

Diagnose: Adenocarcinoma ovar. utriusque cystisch bis solid.

Probelaparotomie 28. XII. 01: Auf dem Peritoneum kleine, weiche bis erbsengrosse Auflagerungen. Viele Verwachsungen mit Peritoneum und Darm. Es gelingt aber links den Stiel zu umstechen. Rechts ist die Lösung viel schwieriger wegen Adhäsionen mit dem S. Romanum und Mastdarm. Kleine Teile bleiben zurück. — Wohlbefinden nach der Operation bis April 1902. Dann traten heftige Anfälle auf, so dass Patientin das Bett hüten musste. Dann wurde der Unterleib wieder stärker. Zweimal punktiert. Patientin wurde immer schwächer und starb am 25. Juni 1902.

Fall 6. 56 jähr. Patientin. Abdomen sehr stark aufgetrieben.

Diagnose: Carcinoma ovarii.

Probelaparotomie 20. II. 03: Das Peritoneum in einen dreifingerdicken Tumor verwandelt. Das kleine Becken von Tumoren ausgefüllt, besonders rechts ein kleinkindskopfgrosser z. T. cystischer Tumor, überall verwachsen. Die Serosa des kleinen Beckens von miliaren Knötchen übersät. Überall Verwachsungen. Patientin ist 4 Monate nach der Operation gestorben.

Fall 7. 57 jährige Patientin, ziemlich abgemagert, Leib stark aufgetrieben.

Diagnose: Carcinoma ovarii.

Probelaparatomie 5. X. 03: Das Peritoneum im ganzen unteren Teile von bohnengrossen Knötchen bedeckt. Die Hauptmasse liegt unbeweglich im kleinen Becken. Das Peritoneum geht vollständig in sie über. Adhäsionen mit dem Darm. Wegen der ausgebreiteten Metastasen wird von Exstirpation abgesehen.

Patientin ist Ende 1903 gestorben.

Fall 8. 22jährige Patientin klagt seit 4 Wochen über Schmerzen im Leib, besonders rechts.

Diagnose: Sarkoma ovarii sinistri.

Probelaparotomie: Nach dem kleinen Becken zu ist alles derart von Geschwulstmassen eingenommen, dass es nicht möglich ist, die Geschwulst zu umgrenzen, da überall Adhäsionen vorhanden sind. Beim vorsichtigsten Untersuchen schon parenchymatöse Blutungen. Die Geschwulst scheint der Wirbelsäule aufzusitzen.

Patientin ist 1 Monat nach der Operation in der Klinik gestorben.

Pathologisch-anatomische Diagnose: Degeneratio sarkomatosa ovarii sin. Metastases multipl. in peritoneo visc.

Fall 9. 53jährige Patientin bemerkt seit 8 Monaten Zunahme des Leibes.

Diagnose: Pseudomyxoma ovarii et peritonei.

Laparotomie: Nach Durchtrennung des Peritoneums entleeren sich unerschöpfliche Mengen dicker gelatinöser Massen. Ganze Schüsseln voll werden mit der Hand entleert. Im untern Teile der Bauchhöhle ein bis zum Nabel reichender Tumor, überall verwachsen, besonders nach links eine Verwachsung mit der Flexur. Die Geschwulst ist auch mit dem Uterus innig verbunden, so dass zur Entfernung derselben gleichzeitige Amputation des Uterus nötig erscheint. Die Uterinae werden unterbunden und dann die Hauptgeschwulst entfernt. Das Netz ist in eine höckerige Geschwulst verwandelt, die dem Colon so innig aufsitzt, dass sie nicht entfernt werden kann. Überall metastatische Geschwulstknoten.

Patientin erholte sich nach der Operation gut. 10 Tage post operationem stellte sich Kotbrechen ein, das durch Magenspülung und Atropin erfolgreich bekämpft wurde. 6 Tage später trat das Kotbrechen wieder auf. Ferner stellten sich andauernde Diarrhöen ein. Nach einigen Tagen exitus letalis.

Die Dauererfolge werden deshalb um so günstiger sein, je früher die Patientinnen zur Operation kommen. Es gibt allerdings Fälle, wo eine Eierstocksgeschwulst derartig wenige Beschwerden macht, dass die Patientin ihr Leiden gar nicht oder erst viel zu spät merkt und so den richtigen Zeitpunkt für die Operation versäumt. Ebenso häufig aber sind die Fälle, wo die Patientin selbst die Schuld trägt, dass der Arzt nicht mehr helfend eingreifen kann. Die Frauen in dieser Hinsicht zu belehren und aufzuklären über das Wesen und die Symptome der Erkrankung ist deshalb nicht zum wenigsten Aufgabe des Arztes.

Am Schlusse meiner Arbeit erfülle ich die angenehme Pflicht, meinem hochverehrten Lehrer, Herrn Geheimrat Professor *Dr. Hofmeier* für die Überlassung des reichhaltigen Materials, für die gütige Übernahme des Referates und für die Unterstützung bei der Abfassung der Arbeit meinen ergebensten Dank auszusprechen.

Lebenslauf.

Ich, Paul Reinecke, evangelisch-lutherischer Konfession, wurde als Sohn des verstorbenen Landwirtes Karl Reinecke in Sauingen (Herzogtum Braunschweig) am 10. Februar 1878 geboren. Nach Besuch der Volksschule meines Heimatortes und nach Empfang von Privatunterricht wurde ich 1889 in die Quarta des Gymnasiums Martino-Katharineum zu Braunschweig aufgenommen. Ostern 1898 erwarb ich mir dort das Zeugnis der Reife und besuchte, um Medizin zu studieren, nacheinander die Universitäten Würzburg, Kiel, Leipzig und wieder Würzburg; an letzterer bestand ich am 15. Dezember 1904 die ärztliche Staatsprüfung.